FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul CHIROL

Externe des Hôpitaux
Médecin aide-major de 1re classe

QUELQUES PROCÉDÉS PRATIQUES EMPLOYÉS DANS UN Centre avancé de Vénéréologie AUX ARMÉES

Président : M. JEANSELME, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur CLAISSE

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de pathologie externe

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BRAULT

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur ROCHARD

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur HARTMANN

Professeur à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur QUEYRAT

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur CASTAIGNE

Professeur agrégée à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

QUELQUES PROCÉDÉS PRATIQUES

EMPLOYÉS DANS UN

CENTRE AVANCÉ DE VÉNÉRÉOLOGIE

AUX ARMÉES

AVANT-PROPOS

Ceci est un travail de guerre. Les observations et les documents qui ont permis de l'établir sont le résultat d'un séjour de huit mois au sous-centre avancé de dermatologie et vénéréologie d'une armée. Nous avons pu, grâce à l'obligeance et à la bienveillance de notre Médecin-Chef, compulser utilement les fiches des malades traités depuis la création du sous-centre (décembre 1917) ; traiter nous-mêmes nos malades de la façon qu'il nous a plu, la modifier à notre gré, revoir ces hommes, les suivre.

On ne trouvera dans cette thèse que fort peu de bibliographie, et pour cause si ce n'est pourtant quelques notes indispensables à propos du traitement des adénites chancrelleuses. D'ailleurs, nous nous permettons d'insister sur le fait que nous avons voulu avant tout, faire un exposé de méthodes essentiellement pratiques. Le but poursuivi dans un Centre tel que le nôtre a été de rendre les combattants le

plus rapidement possible à leur corps tout en leur assurant un traitement curatif complet pour les non syphilitiques et, pour ceux-ci, une cure impliquant le moins de chances de récidives possibles. Les méthodes indiquées dans ce travail, sont justement celles qui nous ont donné le maximum d'heureux résultats dans le minimum de temps.

PLAN

Il nous a paru d'abord intéressant d'indiquer rapidement de quelle façon nous avons traité les malades les plus nombreux et les plus importants du Centre : les syphilitiques — comment, après quelques tâtonnements nous avons employé avec élection le Novarsenobenzol et de quelle façon — enfin les résultats comparatifs obtenus avec ce produit, d'une part, avec le Galyl, d'autre part.

Le traitement général le plus important dans la syphilis n'exclut pas le traitement local qui, du reste prend la première place dans l'évolution des chancres mous. Aussi indiquons-nous ensuite de quelle façon ces chancres furent traités en dernière analyse, au sous-centre. Puis nous envisageons la question des phymosis que nous avons vu compliquer souvent les chancres et ulcérations ; enfin, en y insistant, celle des bubons, accidents fréquents dans l'infection par le bacille de Ducrey.

I. — Résultats comparatifs du traitement d'accidents syphilitiques par injections intra-veineuses de Novarsénobenzol et par injections intra-veineuses de Galyl.

Nous n'avons pas du tout la prétention d'établir un traitement des accidents syphylitiques : chancres et syphilides secondaires. Mais, nous avons cru intéressant de rapporter les résultats de deux méthodes que nous avions mises en parallèle, chacune sur une série de malades, afin de savoir celle qui nous donnerait les résultats les meilleurs et les plus rapides : Pour que ces données et les conclusions que nous en avons déduites soient aussi exactes que possibles, nous avons noté, avec grand soin dans les observations d'une longue série de malades qui nous sont passés entre les mains : les dates d'apparition des lésions, leur évolution avant (souvent difficile à connaître exactement) et après l'entrée à l'hôpital, les incidents au cours du traitement, la date d'apparition d'accidents nouveaux, celle de disparition des lésions, les doses de médicament employées, les dates d'injections... etc. Disons de suite, que tous nos syphilitiques ont subi en même temps que cette cure intraveineuse, un traitement mercuriel qui fut le même toujours et pour tous, savoir : injections intra-musculaires de 0 gr. 01 de biodure de mercure chaque jour sauf le jour d'injection intra-veineuse et, en plus, un jour de repos par semaine.

Nous avons ensuite repris ces observations et fait des tableaux comparatifs selon : la nature des accidents ; le délai d'évolution depuis leur apparition jusqu'au début du traitement ; la médication employée et ses doses.

Nous n'avons, naturellement, mis en comparaison que les observations des malades non douteux, et pour lesquels le diagnostic était évident.

Avant de donner ces résultats, nous exposerons rapidement de quelle manière furent employés chez nos malades : le Novarsénobenzol, d'une part, le Galyl, de l'autre :

1° *Novarsénobenzol.* — Nous avons fait à nos malades régulièrement deux injections par semaine (le lundi et le vendredi). Précautions habituelles pour le malade : examen préalable des urines ; repos et repas léger ; pour l'opérateur : asepsie des mains du champ opératoire, des instruments et liquides de solution. Les doses suivantes furent injectées : 0 gr. 15 ou 0 gr. 30 pour la première injection, selon les cas, puis 0 gr. 45 que nous n'avons pas dépassée pendant longtemps. Ceci nous donnait 0 gr. 90 par semaine et nous injections jusqu'au total de 4 gr. 50. A la fin de la cure, le malade avait reçu en même temps 0 gr. 35 à 0 gr. 40 de biodure de mercure.

Notons que nous n'avons observé avec le Novarséno ainsi employé qu'un incident sur (200) deux cents malades environ, traités au centre. Ce soldat, après avoir bien supporté les deux premières injec-

tions (0 gr. 15 et 0 gr. 30) fit à la troisième un érythème à type rubéolique, très intense, avec phénomènes intestinaux, température, qui durèrent une semaine environ. Laissé au repos, une quinzaine, et réinjecté à nouveau, il eut des troubles semblables quoique moins intenses, et enfin, quinze jours après, récidiva une fois encore avec une dose minime. On abandonna alors le Novarséno, et on lui fit un traitement mercuriel intensif (intra-musculaire et intra-veineux). Ce cas mis à part, nous n'avons jamais eu d'incident avec le Novarsénobenzol.

2° *Galyl.* — Nous l'avons employé pour une série de 25 malades environ. L'emploi de ce produit est moins facile que celui du Novarséno. Alors que, pour ce dernier, une seringue de verre de 2 cmc. bien stérilisée et des aiguilles un peu fortes, courtes, et surtout à biseau court, suffisent, que, d'autre part nos doses étant dissoutes dans 1 cmc. 1/2 ou 2 cmc. d'eau bidistillée et stérilisée, la quantité de cette eau nécessaire est minime, nous avons dû employer par contre, pour les solutions étendues le galyl (0 gr. 15 à 0 gr. 30 dissous dans 10 cmc. d'eau) un dispositif spécial et beaucoup plus d'eau bidistillée, toujours difficile à obtenir dans une installation de fortune. Nous avons utilisé donc une ampoule de sérum physiologique de 200 cmc. graduée de façon que chaque division représente 10 cmc. de solution contenant selon les cas 0 gr. 30 ou 0 gr. 15 de galyl (0 gr. 15, première dose — 0 gr. 30 ensuite). A cette ampoule s'adaptait un tube de caoutchouc de faible

calibre, terminée par l'embout métallique ordinaire de la seringue de verre de 10 ou 20 cmc. Nos aiguilles s'adaptaient directement à cet embout. Grâce à une pince, placée sur le tube de caoutchouc et faisant robinet, on réglait le débit. Nous avions toujours soin de purger scrupuleusement le tube des bulles d'air qu'il pouvait contenir avant de l'ajuster à l'aiguille enfoncée dans la veine. Nous avons injecté le Galyl jusqu'à concurrence de 3 gr. à 3 gr. 35.

Malgré que nous n'ayons employé, en somme, que des solutions étendues et des doses faibles, nous avons observé des incidents : sur 23 malades, en moyenne, injectés à chaque séance (nous faisions deux séances par semaine) il y en eut toujours un ou deux, qui, à la suite des premières injections, présentèrent, vingt minutes environ, après celle-ci, un frisson extrêmement violent, accompagné de température et de céphalée, incidents très rapidement dissipés par l'injection d'Adrénaline (deux ou trois ampoules à 1/4 de mgr. par ampoule), et nous n'en avons plus guère observés lorsque nous avons pris la précaution de faire avaler à nos malades, dix minutes avant l'injection, le contenu d'une ou deux ampoules dans un peu d'eau.

Ceci indiqué, voici maintenant les résultats obtenus :

A) Avec le Novarsénobenzol.

a) *Chancres* en évolution depuis un temps variable de quatre à six semaines : Cicatrisation survenue en un délai moyen de dix-sept jours, et après une dose moyenne injectée de 1 gr. 75 de Novarsénobenzol ;

b) *Accidents secondaires* en évolution depuis un délai de trois à cinq semaines : plaques muqueuses syphilides de la bouche, des amygdales, du voile, des piliers, des parties génitales, de l'anus. Disparition survenue en dix-huit à vingt jours. Dose moyenne nécessaire : 2 gr. à 2 gr. 25 de Novarséno.

B) Avec le Galyl.

a) *Chancres* en évolution depuis un temps variable de quatre à six semaines : disparition survenue en un délai moyen de dix jours avec une dose moyenne de 0 gr. 80 à 0 gr. 95 de Galyl.

b) *Accidents secondaires* en évolution depuis un délai de trois à cinq semaines : disparition survenue en quinze à seize jours.

Dose moyenne nécessaire : 1 gr. à 1 gr. 35 de Galyl.

Conclusions. — De la comparaison de ces résultats, nous avons déduit que : le Galyl semble plus

actif que le Novosalvarsan. Les accidents cèdent plus rapidement et avec des doses moindres.

Il semblerait donc, au premier abord, que, dans un service où il s'agit « de frapper vite et fort » son emploi, soit préférable à celui du Novosalvarsan.

Cependant c'est à ce dernier que nous sommes revenus et tenus définitivement ; pourquoi ?

D'abord et avant tout : commodité d'emploi du produit. En second lieu, tolérance quasi parfaite et ceci, découlant de cela : possibilité d'injecter de plus fortes doses, ce qui permet : de juguler mieux et plus rapidement les accidents aigus de terminer « la cure de blanchiment » aussi rapidement qu'avec le Galyl (qu'on doit, à notre avis, employer avec plus de circonspection) tout en faisant une quantité totale de Novarsénobenzol bien plus considérable.

Et, en effet, à la suite de l'étude des observations qui nous ont permis d'établir les résultats précédents, nous avons été conduits à une double modification du traitement. Ayant eu l'impression que les doses o gr. 15, o gr. 30 et o gr. 45 que nous ne dépassions pas, ne constituaient pas une « force » suffisante pour juguler les accidents (en particulier, naturellement, les accidents secondaires) ; et que les malades semblaient s'habituer, dans une certaine mesure, au médicament, nous avons, d'une part, fait des doses bien plus fortes dès le début, et augmenté assez considérablement la dose totale ; voici comment nous avons dès lors procédé : premièee injection o gr. 30, deuxième injection o gr. 60 ; puis les trois injections

suivantes : 0 gr. 60. Nous revenions ensuite à 0 gr. 45 et poursuivions ainsi jusqu'à concurrence de 5 gr. 50 même 6 grammes dans certains cas. Notons que, faisant deux injections par semaine, le malade reçoit ainsi : la première semaine : 0 gr. 90 ; la deuxième : 1 gr. 20 ; la troisième : 1 gr. 05. Ensuite 0 gr, 90 par semaine. La cure totale dure six à sept semaines et le malade reçoit en même temps 0 gr. 30 à 0 gr. 35 de Biodure de mercure. Nous avons toujours eu soin pour les malades en pleine « efflorescence secondaire » de faire précéder de quelques injections mercurielles le début du traitement arsenical. Enfin, à titre de précaution, nous croyons prudent de faire avaler aux injectés lors des quatre ou cinq premières injections, au moins, un court moment avant l'intervention, le contenu d'une ou deux ampoules d'adrénaline (soit 1/4 ou 1/2 mmgr.) dans un peu d'eau.

Par ce traitement intensif (puisque au bout des trois premières semaines, le malade a déjà reçu 3 gr. 15), nous avons obtenu des résultats très satisfaisants, particulièrement dans ces cas assez fréquemment rebelles de syphilides érosives des piliers, des amygdales, de la luette.

Mentionnons qu'au cours de huit mois de service au Sous-Centre, nous n'avons observé que deux récidives : de ces deux malades, l'un n'avait reçu que du mercure, — l'autre avait eu la dose de Novarséno — très insuffisante de 1 gr. 50. Mais nous n'avons vu aucun récidiviste de décembre 1917 à août 1918 parmi ceux auxquels nous avions pu faire au moins

4 gr. 50. Ajoutons que, sortant du Centre, nos malades étaient munis de deux fiches : l'une dite « individuelle », remise au malade, indicatrice du traitement suivi au centre et du traitement à suivre au corps (comprimés de protoiodure de Mercure et injections intra-musculaires, si possible).

L'autre, envoyée au médecin du corps (indiquant le diagnostic précis, le traitement fait, les doses etc.), par l'intermédiaire de la Direction du Service de santé de l'armée à laquelle nous l'adressions d'abord.

Nous aurions très vivement désiré pouvoir, dans l'exposé qui précède, réserver une place au traitement par l'Arsénobenzol, que nous avons vu donner de si bons résultats dans le service de notre maître, M. le Dr Queyrat, à l'hôpital Cochin. Nous n'avons pu le faire, n'ayant ni le médicament, ni l'installation suffisante pour l'appliquer. Nous tenions à mentionner combien ce médicament nous a paru actif dans tous les accidents primaires et secondaires de la syphilis, tels que ceux que nous avons eu à traiter aux armées.

Il eut été évidemment utile, pour un contrôle plus rigoureux de pouvoir suivre longtemps les malades, de pouvoir faire renouveler souvent les réactions de Wassermann ; nous ne l'avons fait que très imparfaitement, n'ayant une installation pour cela, qu'au centre duquel nous dépendions, sans relations pratiques avec lui. Aussi, malgré toutes les précautions, et les soins que nous avons pris à ce que nos observations soient rigoureusement exactes, nous

ne pouvons donner que des résultats cliniques, et nous baser sur eux pour indiquer ces conclusions.

II. — Une méthode de traitement des chancres mous

Nous avons été frappés, dans l'observation de nombreux cas de chancres mous, des faits suivants : Le chancre détergé, désinfecté soigneusement chaque jour prend assez rapidement la teinte rouge et rosée des plaies en voie de cicatrisation ; mais à ce moment, il y a comme un arrêt dans l'évolution favorable de l'érosion ; et le malade traîne souvent plusieurs semaines une lésion qui semblait prête à guérir. Ceci semble pouvoir être rapporté à plusieurs causes, mais dont à notre avis la plus importante de beaucoup est l'irritation quotidienne produite le plus souvent par le malade lui-même, sur l'ulcération.

Tantôt il s'agit d'un homme sérieux, désirant guérir vite, et qui, par excès de zèle, irrite le chancre dont il est porteur par l'application répétée de poudres ou de caustiques dont il a entendu vanter les bons effets. Car fréquent, au surplus, chez beaucoup qu'une lésion génitale frappe particulièrement, au point de vue moral.

Tantôt encore, il s'agit d'un peu scrupuleux soldat (il faut bien dire que nous en avons observé quelques-uns) qui désire prolonger son séjour à

l'hôpital ; et quoi de plus simple alors que d'enlever la gaze qui recouvre la lésion, et de produire sur celle-ci toutes les irritations physiques ou chimiques susceptibles d'en prolonger l'évolution.

A côté de ces deux catégories de malades, il en est d'autres, d'ailleurs, chez qui les tendances à la cicatrisation d'une plaie ou d'une ulcération quelconque semble minime, comparativement à la normale. Nous avons noté très nettement pour notre part (faits bien connus, du reste) que les rhumatisants, les anciens herpétiques ou eczémateux génitaux, atteints de chancre mou restent souvent en traitement fort longtemps sans grand résultat.

Parmi les malades, dont nous avons choisi les observations, il en était dont le chancre évoluait depuis six à huit semaines à leur entrée dans le service. Plusieurs avaient essayé des traitements multiples, plusieurs n'en avaient suivi aucun par manque de moyens, par négligence.

Après avoir essayé nous-mêmes les traitements classiques : nitratage, iodoforme, après bains désinfectants, etc, voici celui auquel nous nous sommes arrêtés, partant de ce principe qu'il nous semble avant tout désirable de protéger la lésion contre toute irritation extérieure. Pour cette raison, et aussi pour au début, surtout, ne point « indurer le chancre » (fait capital pour le diagnostic clinique) nous avons abandonné complètement l'emploi des caustiques.

Le malade prend deux bains de verge par jour

dans les premiers temps de son entrée au Sous-Centre, bains prolongés, d'une durée de vingt minutes, au moins, soit à l'eau très faiblement permanganatée (si le diagnostic est évident) soit mieux à l'eau bouillie simple. Ainsi peut-on pratiquer dans les cas embarrassants, les prélèvements nécessaires aux examens microscopiques.

S'il y a œdème du prépuce, comme nous l'avons vu fréquemment, la verge est, après le bain, entourée d'un pansement humide chaud très peu serré et relevée par une bande large, contre l'abdomen, le malade restant au repos absolu. Au bout d'une semaine, en moyenne, le fond du chancre se déterge la lymphangite et l'œdème préputiaux disparaissent. Nous commençons alors le traitement du chancre lui-même. Il nous est arrivé, dans bien des cas de voir la ou les érosions se nettoyer en deux ou trois jours, et de pouvoir ainsi, presque dès l'entrée, commencer le traitement proprement dit :

Chaque deux jours, si le chancre suinte largement ou suppure encore ; tous les trois jours seulement si, au contraire, il est « sec » nous pratiquons le pansement suivant :

1° *Nettoyage* doux, sans frotter, par attouchements légers au coton hydrophile imbibé d'eau bouillie, de la verge, en particulier du siège de l'érosion. Tamponnement très léger des érosions elles-mêmes en évitant, si possible de faire saigner.

2° *Douche d'air chaud.* — Elle a pour but de bien assécher la plaie et, en même temps, elle désinfecte

et cicatrise. Nous avons pratiqué cette douche avec le petit appareil « Electro-aéro-thermo » de la maison Rupalley mis à notre disposition par la Croix Rouge américaine. Cet appareil, de petit volume, facile à déplacer, à transporter, se branche sur le courant électrique au lieu et place d'une ampoule d'éclairage, d'où grande commodité d'emploi dans une installation de fortune.

La douche doit durer de dix à quinze minutes. Il est bon d'éviter toute concentration vive de la chaleur sur les lésions. La douleur est, du reste, un bon critérium, en plus de l'appréciation personnelle que l'opérateur peut avoir en « essayant » préalablement l'appareil sur le dos de la main. Donc on éloignera suffisamment l'appareil pour obtenir le degré de chaleur désirable, essentiellement variable, du reste, selon l'étendue, la profondeur, le degré d'évolution de la lésion. Il faut à notre avis faire une douche chaude, mais non vésicante, pas même irritante, nous devrions presque dire un simple assèchement, mais un peu prolongé. Il ne sera donc pas même utile de protéger les téguments avoisinants.

3° Le ou les ulcérations sont bien asséchées. Alors *saupoudrage* avec une poudre désinfectante : Iodoforme ou succédanés. Evidemment on peut reprocher à ce produit son odeur désagréable et caractéristique : mais dans un centre militaire de spécialités, sur le front, cette objection est bien secondaire et nous avons cru observer de meilleurs résultats avec l'iodoforme ;

4° Et voici enfin, comment nous avons réalisé assez parfaitement *le pansement occlusif* sur la nécessité duquel nous avons insisté dès le début. Il a aussi l'avantage de maintenir bien au contact de l'ulcération, et sans les frottements toujours provoqués par les pansements habituels avec gaze etc..., l'iodoforme finement pulvérisé dont on a saupoudré. Nous avons utilisé *l'Ambrine*, dont on connait bien, en outre, les propriétés cicatrisantes. Cette substance fondue soit au bain-marie, soit directement dans un récipient stérile est portée d'abord à haute température (ébullition) pendant quelques instants, puis on la laisse refroidir jusqu'à 60 degrés environ ; à l'aide d'un petit pinceau bien stérilisé, on laisse tomber sur le chancre « iodoformé », une ou deux gouttes d'ambrine, qui s'étend en lame mince et se solidifie assez rapidement. Un petit carré de gaze stérile est alors appliqué sur la région est une nouvelle fine couche d'ambrine est répandue. Ces deux lames doivent être extrêmement minces. A travers les pansements ainsi réalisé, on doit voir très nettement la couleur jaune de l'iodoforme.

Il est bon de recouvrir cette application d'un *pansement extérieur* à *la gaze* toujours assez difficile à faire tenir :

Le *prépuce est court* ou le chancre siège sur le prépuce même : on entoure simplement la verge d'une gaze stérile qu'on fait parfaitement tenir par quelques tours d'une bande étroite, souple, peu serrée, à laquelle on fera faire, pour terminer, le tour de

l'abdomen et qu'on rattachera à elle-même en avant au niveau de la racine de la verge par une épingle. Le pansement ne glisse pas (surtout si le malade reste raisonnablement au repos), et laisse à découvert l'orifice urétral ; on recommande seulement au malade d'interposer, aux dernières gouttes de la miction, un peu de coton hydrophile sous le méat, afin d'éviter l'écoulement d'urine dans le pansement.

Le *prépuce est long* ; les ulcérations siègent dans le sillon ou sur le gland ; cas le plus fréquent. . et le plus ennuyeux : le pansement tient difficilement. On peut, il est vrai, recouvrir d'un mince gaze sous préputiale et rabattre le prépuce par dessus. Mais sous l'influence de la température, et pris entre deux surfaces glissantes, le pansement à l'ambrine se ramollit et glisse plus ou moins. Mieux vaut tirer le prépuce en arrière, découvrir totalement le gland et le sillon et appliquer un pansement à plat, comme il a été dit plus haut. La bande sera très lâche. Malgré cette dernière précaution, nous avons eu souvent, de cette façon de l'œdème du prépuce ; et la striction quoique faible n'est pas une condition favorable, loin de là. Pour remédier à ces inconvénients, nous avons fait faire des manchons en toile (lavable et stérilisable), ouverts complètement à l'extrémité urétrale et qui, fixés autour de l'abdomen par des liens, comme un suspensoir, tiennent très bien le pansement de la verge sans l'emploi d'aucune bande.

Dernière précaution, enfin : pour obvier dans la mesure du possible, aux frottements, strictions,

déplacements inévitables si le malade a des érections, nous traitions ces hommes, comme des blennoragiques à la phase aiguë par les calmants habituels, opiat, bromure de camphre, etc...

Nous nous excusons d'avoir insisté sur ces précautions qui paraissent, au premier abord, un peu superflues ; elles ont pour nous une grande importance.

Dans les chancres récents, ou dans ceux qui creusent le gland ou le sillon, il ne faut pas s'étonner si, les premiers jours, la secrétion encore abondante soulève l'ambrine, déplace un peu le pansement occlusif et semble, au premier abord avoir fait un vrai bain purulent à l'ulcération : on sera surpris de constater dès le troisième ou quatrième pansement que sous ce mal apparent, l'ulcération est arrêtée dans son extension, son fond se comble, ses bords deviennent rouges et nettement « aptes à cicatrisation ».

Néanmoins les résultats les plus remarquables, nous ont été donnés, dans les cas de chancres déjà détergés, mais à bords atones, plus ou moins décollés et sur lesquels aucun traitement ne semble agir. Enfin nous avons pu aussi par cette méthode empêcher les malades de toucher à leur pansement, et nous rendre facilement compte des « tricheries » employéees par quelques-uns d'entre eux.

Voici, résumées, quelques observations recueillies à dater du moment où nous avons appliqué systématiquement le pansement à l'ambrine.

OBSERVATION I

Adjudant L..., X^e^ d'infanterie. Présente à son entrée un chancre mou du sillon balano-préputial, surface d'une pièce de 50 centimes. Le chancre évolue depuis deux mois. Il y en a un que, au dire du malade, il ne fait plus aucun progrès, malgré un traitement assez régulièrement suivi : bains de verge, attouchements à la teinture d'iode, plus tard une pommade X? puis de l'iodoforme.

On fait au malade un pansement chaque deux jours.

Le dixième jour (cinq pansements) le chancre est parfaitement cicatrisé.

OBSERVATION II

Maréchal des logis T..., X^e^ régiment d'artillerie.

Entre avec un chancre du frein, qui est presque sectionné. Ce malade est à peu près dans les mêmes conditions que le précédent : son ulcération date de six semaines et reste dans un état stationnaire depuis trois semaines.

Au troisième pansement (six jours) la cicatrisation est parfaite ; le malade est fait sortant.

OBSERVATION III

Soldat D..., X^e^ d'infanterie. Entre pour chancres mous multiples du sillon et de la face interne du prépuce, évoluant depuis cinq semaines.

Ce malade est mis d'abord au traitement : bains de verge

à l'eau bouillie faiblement permanganatée, puis au bout de quelques jours, au traitement à l'air chaud, iodoforme, ambrine. La cicatrisation des ulcérations est achevée dès le sixième jour après l'application du premier pansement, et le malade peut sortir le même jour.

A côté de ces trois cas, dans lesquels les chancres étaient détergés, mais atones, nous citerons trois observations de malades dont les chancres étaient en pleine évolution, suintants, purulents même, plus ou moins creusants.

OBSERVATION IV

Soldat H..., X[e] d'infanterie. Présente une balanite érosive considérable avec ulcérations creusantes du sillon, dans lesquelles on trouve facilement le bacille de Ducrey ; lésions en évolution depuis sept semaines. Secrétion purulente abondante.

Le malade est mis à deux bains de verge par jour, suivis d'attouchements à l'eau bouillie *très faiblement* crésylée. En huit jours, la sécrétion a notablement diminué. Les ulcérations prennent une teinte rouge vif. Applications du pansement occlusif. Premiers résultats peu encourageants. Mais dès le sixième jour (3[e] pansement) amélioration très notable qui s'accélère rapidement. Cicatrisation en quinze jours : au total donc trois semaines. Notons en passant que la balanite a disparu dès le deuxième pansement.

OBSERVATION V

Soldat L..., X^e^ d'infanterie. Présente à son entrée deux chancres mous du sillon en pleine évolution, bien que datant de sept semaines, creusants et s'enfonçant sous le bourrelet balanique.

Pansement chaque deux jours. Malade peu consciencieux qui ne perd pas une occasion de déplacer son pansement, de l'ouvrir. Néanmoins, guérison d'un des chancres en dix jours. A ce moment, le malade est évacué sur un autre centre. Le second chancre est en bonne voie de cicatrisation. Tendance a creuser complètement arrêtée. Bords rosés.

OBSERVATION VI

Soldat B..., X^e^ d'infanterie. Présente, à son entrée plusieurs chancrelles du sillon et du frein : bacilles de Ducrey en abondance. Les lésions évoluent depuis sept semaines.

Cicatrisation en douze jours (six pansements).

Nous voulons citer maintenant les observations de deux malades, manifestement heureux d'être au sous-centre et qui, pour y rester, irritaient leurs lésions par frottement, applications caustiques, etc.

OBSERVATION VII

Le soldat R..., X^e^ d'infanterie. Présente un chancre mou du frein en évolution depuis quatre semaines. Pendant

quinze jours le chancre est traité par nous, par de simples bains de verge et l'iodoforme car le fond en est parfaitement détergé. Aucun résultat... et pour cause. Nous appliquons alors le pansement à l'ambrine. Les premiers jours, le malade essaie encore de « tricher ». Averti et menacé, il doit laisser le pansement en place : guérison en quinze jours (huit pansements).

OBSERVATION VIII

Le soldat L... (artillerie de montagne). Présente sur la cicatrice d'un chancre induré un chancre mou en évolution depuis quatre semaines. Tous les traitements restent sans résultat.

Mis au pansement, le malade essaie d'irriter l'ulcération en déplaçant l'ambrine un peu ramollie sous le prépuce. On fait alors un pansement gaze et coton par-dessus l'ambrine; à dater de ce moment, guérison rapide. En tout il a été fait 12 pansements. Durée : vingt-trois jours.

A ces observations, on pourra objecter que chez des malades souvent privés de soin et même d'hygiène élémentaire, tout autre traitement eut pu donner des résultats identiques. Nous répondrons que cependant nous n'en avons observé d'aussi rapides qu'à dater du jour où nous avons pratiqué cette façon de faire et que, consultant les nombreuses observations antérieures de porteurs de chancres mous passés au sous-centre, ayant nous-même pratiqué les méthodes habituelles pendant un certain temps, nous avons eu, par le pansement à l'ambrine,

une diminution notable du séjour à l'hôpital pour la grande majorité de nos malades.

Ce que nous avons indiqué de la lente guérison des chancres mous, nous l'avons retrouvé, mais bien moins fréquemment avec *le chancre induré*. Nous avons essayé d'appliquer à ces cas le même traitement.

Comme les malades dont nous résumons les observations subirent en même temps un traitement arsénio-mercuriel intense, nous ne voulons tirer aucune conclusion de cette méthode qui cependant, nous a paru intéressante également dans ces cas de chancres phagédéniques qui, si rapidement gagnent en étendue et en profondeur, et semblent subir, moins que les autres, l'influence du traitement général.

Le pansement pratiqué dans le cas de chancre syphilitique fut différent en ce que nous y avons remplacé l'iodoforme pour le Gabyl en poudre ; occlusion à l'ambrine, comme précédemment.

OBSERVATION IX

Soldat Pel... X^e^ d'infanterie : présente deux chancres syphilitiques : un du sillon, un du limbe, qui évoluent depuis quatre semaines. Roséole maculeuse typique. Chancres qui suintent peu, bords atones, fond blanchâtre. Guérison des chancres après six pansements (douze jours).

OBSERVATION X

Soldat Def..., X^e^ d'infanterie, présente un chancre induré typique de la face interne du prépuce, en évolution depuis dix jours seulement. Traitement général et local. Cicatrisation en quinze jours (huit pansements).

OBSERVATION XI

Soldat Mo..., X^e^ régiment d'artillerie, présente un chancre induré typique du sillon, en évolution depuis quinze jours. Traitement général et local. Dès le quatrième pansement, nous devons évacuer ce malade. A ce moment, grosse amélioration. Le chancre est presque cicatrisé. Comme une pièce de 1 franc à l'entrée il est au départ moindre qu'une pièce de 50 centimes.

Conclusions. — Bien que évidemment insuffisantes en nombre, nous pensons que ces observations sont encourageantes à multiplier. Au point de vue pratique, le pansement occlusif a, en tous les cas, l'avantage appréciable de bien isoler et de bien protéger l'ulcération syphilitique. Dans le traitement du chancre mou, cette méthode doit avoir la faveur des auteurs qui pensent que cette manière d'agir constitue en même temps un traitement préventif, ou plutôt une véritable prophylaxie de l'infection lymphatique et du bubon.

III. — Traitement des Phimosis, complications passagères des chancres et ulcérations

Cette complication est fréquente : Nous en avons réuni 22 cas bien typiques parmi lesquels : 17 avec chancre induré, cinq seulement avec chancre mou.

A) *Phimosis avec chancre induré :*

Dans la majorité de ces cas, les malades furent traités de la façon suivante :

Deux bains de verge par jour à l'eau bouillie chaude à peine teintée de permanganate de potasse. Bains prolongés, vingt minutes, en moyenne. Chaque bain était suivi d'un lavage sous-préputial avec une solution chaude de Permanganate dont le taux variait de 1 p. 6.000 à 1 p. 1000 suivant les cas. Le lavage était fait au bock (1/2 litre de solution environ) et une fine canule de verre adaptée au caoutchouc.

Dans les cas d'œdème du prépuce, la verge était enveloppée d'un pansement humide chaud, et relevée par une large bande, contre l'abdomen ; le malade laissé au repos absolu.

Voici quels ont été les résultats obtenus par ce procédé dans 8 cas ; les huit malades subirent en même temps, le même traitement arsénico-mercuriel. Nous les avons choisis tels que, à leur entrée, les lésions étaient en évolution depuis le même temps, à quelques jours près.

La moyenne de temps nécessaire pour que le

malade puisse décaloter complètement a été de 27 (vingt-sept) jours. L'un d'eux, il est vrai, le soldat P... a pu le faire après une semaine de traitement. Pour tous les autres, le délai a dépassé quinze jours, et atteint, en moyenne, près d'un mois.

D'autre part, 6 cas, traités comme il est dit ci-dessus, l'ont été pendant les délais suivants sans aucun résultat.

Soldat P..., traité pendant neuf semaines.
Soldat D. C..., traité pendant trois semaines.
Soldat B. L..., traité pendant quatre semaines.
Soldat G. F..., traité pendant cinq semaines.
Soldat T. A..., traité pendant trois semaines.
Soldat A. E..., traité pendant trois semaines.

Après avoir essayé, pour abréger ces délais considérables, le traitement par le nitratage (de 1 à 5 et même 10 o/o selon les cas) sous-préputial qui ne nous a donné réellement des résultats intéressants que dans les cas de balanite ou balanoposthite érosive simple, voici le traitement auquel nous nous sommes arrêtés, comme étant, de beaucoup le plus rapide : Lavages sous-préputiaux avec une solution de Galyl : 0 gr. 30 de Galyl pour 20 cmc. d'eau distillée stérilisée. Solution à refaire pour chaque lavage et à employer « ex temporanément ». Le traitement complet a alors été le suivant.

Un bain de verge par jour à l'eau bouillie tiède faiblement permanganatée ou crésylée. Après le bain, lavage sous-préputial avec la solution de Galyl. Ce lavage peut se faire à l'aide d'une simple

seringue de verre de 10 ou 20 cmc. bien stérilisée. On peut encore adapter à celle-ci : soit des petits tubes de caoutchouc genre compte gouttes joints aux tubes de Galyl, soit plus simplement une sonde molle de Nélaton de petit calibre. On aura soin de ne pousser le liquide qu'après avoir serré le prépuce autour du tube, ou de la sonde, afin que la solution pénètre bien dans tous les replis sous-préputiaux surtout jusqu'au sillon balanique, dans lequel, le plus souvent, se trouve le chancre. D'où importance aussi de pousser l'extrémité de la sonde ou du tube aussi loin que possible sous le prépuce, et de changer son orientation au cours du lavage. On laissera le liquide baigner la surface sous-préputial cinq bonnes minutes, après quoi, on le laisse s'écouler au dehors.

Lorsque, et cela est fréquent, l'écoulement purulent est abondant par l'orifice préputial, il est bon, les premiers jours, de faire précéder le bain de Galyl, d'un lavage au bock avec une solution très faible de Permanganate.

Voici les résultats obtenus dans les six cas précédemment cités, par ce procédé qui, du reste, n'a aucune prétention à la nouveauté :

Le soldat P..., décalote complètement en cinq jours.
Le soldat D. C..., décalote complètement en cinq jours.
Le soldat B. L.. , décalote complètement en sept jours.
Le soldat G. F..., décalote complètement en sept jours.
Le soldat T. A..., décalote complètement en cinq jours.
Le soldat A. E..., décalote complètement en quinze jours.

Vivement encouragés par ces premiers résultats, nous avons pu, avant notre départ du Centre, réunir trois cas de chancre syphilitique avec phimosis, subissant toujours le même traitement général arséno-mercuriel, auxquels nous avons appliqué le traitement local indiqué, uniquement, et dès leur entrée dans le service. Cas choisis de telle façon que le délai d'évolution des lésions de leur début, à l'entrée dans le service, soit approximativement le même que celui présenté par les huit malades dont nous avons parlé au début de ce chapitre :

Le soldat C. G..., décalote complètement au bout de treize jours.

Le soldat D. M..., décalote complètement au bout de onze jours.

Le soldat B. S..., décalote complètement au bout de quinze jours.

Conclusions. — Si nous rapprochons la moyenne de ces trois cas de celle des huit précédents, nous voyons que nous avons gagné un délai de douze à quinze jours par le lavage-bain au Galyl. Nous regrettons que le nombre de cas, traités uniquement de cette façon soit restreint, et nous nous proposons de reprendre cette question.

Outre l'avantage d'éviter au malade des chances d'infections crées par un foyer qui se vide mal, le traitement local par le Galyl, en guérissant plus rapidement, traite aussi très activement le chancre, que nous avons vu à peu près toujours cicatrisé, lorsque

le malade arrive à le découvrir facilement et complètement.

B) Nous avons réuni également cinq cas *de Phimosis avec chancre mou.*

Nous devons dire, de suite que, dans ce cas, le traitement par lavages sous-préputiaux au Galyl ne semble donner ni des résultats aussi encourageants, ni de bien meilleurs résultats que celui par l'emploi du simple Permanganate. Trois des malades mis à ce dernier traitement ont pu décaloter au bout de trois semaines, à dater du début du traitement. Les deux autres, traiter par le Galyl ont décaloté :

Le soldat P. L..., au bout de trois semaines de traitement.
Le soldat G..., au bout de vingt-cinq jours.

Nous sommes loin de la moyenne de treize jours obtenus pour nos trois syphilitiques. Mais le nombre de nos observations est tout à fait trop réduit ici pour que nous nous permettions d'en tirer une conclusion pratique. Néanmoins nous n'avons pas été très surpris de cette différence de résultats et nous pensons que la multiplicité d'observations la rendrait évidente. On sait bien, en effet, les très bons effets obtenus sur les lésions cutanées ou muqueuses de la syphilis par les applications locales des arséno-benzols ou du Galyl, et nous avons pu nous-mêmes constater souvent ce fait, chez nos malades porteurs de syphilides érosives du voile, des piliers, des lèvres, des parties génitales. Au contraire nous n'avons pas

connaissance d'un agent qui agisse aussi directement et électivement sur le bacille de Ducrey.

Et pourquoi, maintenant, avons-nous choisi le Galyl, pour préparer nos solutions? Pour une raison tout à fait extra-médicale. On sait mal, peut être, combien il a été difficile dans certains centres, de se procurer l'Arséno ou le Novarsénobenzol. Pour notre part, nous n'avons jamais pu disposer du premier ; et du second en quantité telle que nous puissions l'employer autrement qu'en « précieuses » injections intraveineuses. Par contre, nous avons reçu le Galyl en quantité, par la Croix Rouge américaine. Mais nous sommes certains qu'on obtiendra les résultats analogues avec les deux premiers, en graduant les solutions selon les cas.

IV. — Traitement des bubons.

C'est une question controversée et, actuellement encore, la thérapeutique en varie selon les auteurs.

Longtemps, on s'est contenté de pansements humides plus ou moins compressifs : En ces circonstances le bubon s'ouvre, le plus souvent, spontanément et l'on connaît la longueur considérable de la guérison; quel que soit le pansement employé, il faut compter de cinq à sept semaines, en moyenne, pour l'obtenir. Actuellement, on peut résumer à trois catégories les procédés en usage:

1° *Procédés chirurgicaux.* — Ce sont : l'*Incision*

simple suivie ou non de curettage, guérison très lente.

L'*ablation* des ganglions suppurés : évidement de l'aine (Gosset, Pousson, Le Dantec) — souvent suivie de séquelles fonctionnelles fâcheuses, d'après Brouardel, Reclus qui rapportent les cas d'œdème des membres inférieurs, du scrotum, survenu plus ou moins rapidement après l'opération —et quelquefois suivie de troubles trophiques suivant Gaide et Kéravan. Surtout, une objection grave à ces procédés est, à notre avis, qu'ils ne sont pas, les seconds au moins, à la portée des praticiens.

2° *Procédés médicaux* : *Ponction* au trocart fin et *aspiration* du pus, telle est la méthode simple, préconisée par Jullien et Le Pileur — et qui permettrait de guérir les malades en une vingtaine de jours.

L'*aspiration*, suivie *de lavages* de la cavité et *injection* de *liquides modificateurs* : benzoate de mercure, nitrate d'argent, cuivre colloïdal (Couanet).

Nous ferons à cette dernière méthode le reproche d'exiger une série d'interventions qui, si même là où les premières sont à peu près indolores (et elles ne le sont pas toujours), le deviennent ensuite.

Nous lisons dans la thèse de M. le Dr Couanet, à laquelle, du reste, nous avons eu largement recours dans cet exposé bibliographique, plusieurs observations dans lesquelles l'auteur indique combien l'injection de cuivre colloïdal, moins douloureuse que bien d'autres selon cet auteur, l'est cependant sou-

vent encore, dès la première intervention ; et il faut multiplier ces interventions.

Il peut, en outre, arriver que le pus épais du bubon soit difficilement aspiré dans le trocart fin, incident qui nécessite l'emploi douloureux d'un trocart de gros calibre ou l'injection préalable d'un liquide modificateur, d'où retard de guérison et douleur par distension des parois de la poche.

D'après le tableau inséré dans la thèse du Dr Couanet, la moyenne du délai de guérison, à dater de l'intervention serait, par cette méthode, d'une douzaine de jours.

3° Restent enfin les *procédés dits médico-chirurgicaux*, ce sont :

A) *Méthode de Bier* : c'est-à-dire, apposition d'une ventouse combinée à la ponction du ganglion suivie ou non d'injections médicamenteuses : la guérison se ferait en une quinzaine. Queyrat aurait réduit encore ce délai par l'injection intra-ganglionnaire d'oxycyanure de mercure. Genken et Joseph, par celle de glycérine iodoformée, Zumbunck par celle d'un mélange d'iode et de formaldéhyde.

B) Une méthode peu connue encore et dont les résultats ne sont pas suffisamment établis : la *radiothérapie*, préconisée par Lassueur.

C) Enfin la méthode à laquelle nous nous sommes nous-mêmes arrêtés, comme le plus simple à appliquer, celle qui exige les médicaments les plus ordinaires et... les moins coûteux, comme aussi les plus courants dans la pharmacopée d'armée : Ponction à

la pointe du bistouri. Evacuation, puis lavage de la poche. Injection de vaseline iodoformée à 10 o/o.

Cette méthode est suivie en France et à l'étranger par de nombreux auteurs. Elle est généralement connue en France sous le nom de *méthode de Fontan*.

Otis, Virgalta, Howland à l'étranger, en ont rapporté aussi les très bons résultats.

Avant d'exposer le procédé qui fut employé avec succès au centre pendant six mois, nous dirons un mot sur l'opportunité de l'intervention, le choix du point à ponctionner..., etc.

D'une façon générale, on peut dire que le bubon est une complication relativement tardive du chancre mou. Dans quelques cas, nous l'avons vu survenir alors que le ou les chancres étaient complètement cicatrisés : ce n'est pas la règle, il est vrai ; néanmoins nous attirons l'attention sur ces cas, dans lesquels il est intéressant de guérir vite le bubon qui seul, retient le malade à l'hôpital. En tous cas, sur la plupart des trente cas que nous avons observés, le bubon est survenu à l'hôpital, alors que le malade était déjà en traitement pour ses lésions génitales. Quelques hommes ont présenté, dès leur entrée, une adénite importante qui évolua ensuite vers la suppuration. Deux seulement, d'après nos observations, sont entrés avec des adénites bonnes à inciser.

On a donc, en somme, presque toujours le choix *du moment de l'intervention :*

Pour nous, ce moment a été celui, auquel le bubon

a présenté un point de fluctuation net. Nous insistons, à ce propos, sur le fait — souvent indiqué — que, assez fréquemment, il existe au niveau du bubon un œdème des téguments qui peut facilement induire en erreur, et faire procéder, trop tôt ou inutilement même à la ponction (car œdème ne signifie pas toujours suppuration, nous en avons eu un exemple bien typique). Mais, dès que le point fluctuant est apparu, dès que, surtout, la peau présente, sous le pansement généralement appliqué, une teinte faiblement rosée, il faut intervenir. Plus tard, on risquerait une infection et un amincissement des téguments, défavorables à la prompte cicatrisation. C'est aussi au niveau du point fluctuant que nous avons toujours pratiqué la ponction. Voici comment :

L'intervention si bénigne, paraisse-t-elle, doit être faite dans les conditions d'asepsie et d'antisepsie les plus favorables, comme une intervention chirurgicale. Nous nous permettons d'insister sur ce point, vraiment très important au point de vue du temps de guérison. La région sera, au préalable soigneusement et largement rasée, et désinfectée à la teinture d'iode, au moment de la ponction.

α) *L'ouverture du bubon* doit être petite : c'est une *incision-ponction*. On emploiera soit la pointe d'un bistouri à lame étroite, soit même la lame d'un scarificateur. Largeur maxima : 4 à 5 millimètres.

Le point d'incision est insensibilisé par un jet de chlorure d'éthyle. La pointe est enfoncée, parallè-

lement à l'arcade crurale, d'un coup, mais son trajet limité. Dès que le pus apparaît dans l'orifice de la plaie, on inclinera alternativement, et vite, le tranchant de la lame en dedans et en dehors pour que les plans cutanés profonds soient ouverts plus largement que la peau elle-même.

β) *L'expression de la poche et le lavage* constituent le deuxième temps. Nous l'avons longtemps fait de la façon habituelle : nous nous réservons d'indiquer plus loin les modifications de détail que nous y avons apportées par la suite. Ce temps est douloureux, cela est certain.

Le lavage se fait avec une seringue de 20 cmc. Après qu'une certaine quantité de pus jaune, puis grisâtre, teinté plus ou moins de sang, s'était spontanément écoulé au dehors, nous injections avec cette seringue une solution chaude de permanganate à 1 p. 1000 autant qu'il était nécessaire pour que la solution ressorte à peu près claire. On passait alors au dernier temps :

γ) *L'injection dans la poche de vaseline iodoformée à 10 o/o.* — Cette vaseline préalablement chauffée au bain-marie dans un pot de faïence bien stérilisé, est versée, alors qu'elle est presque liquide, dans une seringue de verre de 20 cmc. Elle y refroidit, et il suffit, au moment de l'usage, de placer la seringue elle-même dans l'eau tiède. De cette façon, la vaseline est facilement poussée par l'orifice de ponction, comme une pâte dans un trajet fistuleux.

On arrêtera l'injection dès que la vaseline ressor-

tira spontanément de la poche : il est même bon d'attendre à ce moment, que « le trop plein » en soit évacué. On peut alors, après essuyage minutieux avec une gaze stérile, fermer l'orifice par un petit coton stérile imbibé de collodion. On panse à plat par dessus et on fait un bon spicat de l'aine, bien fermé au pli correspondant, vers les bourses.

Il est bon, sauf si le malade se plaint d'élancements, de laisser le pansement en place une semaine, sans y toucher. Passé ce délai, on aura, le plus souvent, à remplacer simplement le tampon collodion, après un léger attouchement à la teinture d'iode. La guérison complète survient en dix à douze jours, dans la plupart des cas. Il nous est arrivé dans quelques-uns, de trouver, au bout de la première semaine, dans la poche, un peu de liquide marron ou jaunâtre (vaseline liquéfiée mêlée d'un peu de pus et de sang); il nous a suffi presque toujours de laver, après évacuation de ce liquide, et de réinjecter un peu de vaseline iodoformée, pour voir la guérison survenir définitivement en quatre ou cinq jours.

Voici les résultats obtenus par nous avec ce procédé, sur vingt malades. On devra tenir compte toutefois des mauvaises conditions dans lesquelles nous nous sommes trouvés pour un certain nombre d'entre eux : Asepsie difficile dans un milieu hospitalier insuffisamment installé, et surtout *impossibilité d'immobiliser* nos malades après l'intervention, du fait de bombardements par avions qui les obligeaient deux et trois fois par nuit à descendre deux

étages, dans les abris. Or nous insistons sur cette condition essentielle de l'immobilisation. Nous en avons nettement vu la grosse importance quand, ayant changé de région, notre centre ne fut plus soumis aux bombardements nocturnes. La guérison survint nettement quatre ou cinq jours plus vite.

C'est aux mauvaises conditions ci-dessus que nous devons vraisemblablement quatre insuccès. De ces quatre malades, l'un guérit en quarante-cinq jours après plusieurs réinjections précédés de lavages. Un autre en quarante jours, dans les mêmes conditions. Les deux autres furent évacués sur un centre chirurgical après un traitement de deux mois, au centre, sans grande amélioration.

Dans les vingt cas dont il est question plus haut, *la moyenne de délai de guérison*, à dater du jour de l'intervention a été de quatorze à seize jours :

Parmi ces malades, six ont guéri en moins de douze jours, huit en quatorze ou quinze jours. Des six autres, plusieurs ont dû être réinjectés une ou deux fois et ont guéri en dix-huit à vingt-deux jours. Répétons que ces derniers faits sont devenus tout à fait exceptionnels, du jour où nous avons pu avoir la propreté et la tranquillité pour nos opérés.

Néanmoins, et malgré ces bons résultats, il n'est pas douteux qu'on puisse faire à la méthode de Fontan quelques reproches fondés : Deux, au point de vue pratique nous ont semblé plus importants : la douleur ; le mauvais état fréquent des téguments, au niveau de l'incision, après la guérison. Enfin, à

notre avis, le temps de guérison de douze à quinze jours peut être sensiblement réduit. Voyons successivement ces trois points :

Douleur. — Assez vive lors du vidage et du lavage de la poche, elle l'est un peu moins, lors de l'injection iodoformée, si l'on a soin d'aller très lentement et de s'arrêter à temps.

En somme, les malades souffrent à chaque distension un peu forte des parois de la poche.

Le mauvais état des téguments après cicatrisation se traduit par un amincissement de la peau qui reste longtemps rouge. Elle s'irrite sous la moindre influence (frottement léger, etc.), reste, en un mot, « fragile » un certain temps. Il nous est arrivé aussi de la voir soulevée en une petite tuméfaction mollasse comme si elle fut « soufflée », et non redevenue adhérente aux plans sous-jacents au moment de la cicatrisation.

Nous avons remarqué que ces « incidents » tardifs survenaient non seulement chez des malades porteurs de bubons volumineux, ou un peu tardivement ouverts, mais aussi chez ceux dont la poche avait été soumise à un lavage sous pression un peu forte (seringue de verre). Il n'est pas douteux, pour nous, qu'un lavage ainsi fait tend à décoller les téguments, et présente en même temps l'inconvénient d'être très douloureux.

Pour éviter ces reproches, nous avons modifié un peu la méthode habituellement employée et nous

avons en même temps ainsi obtenu une guérison nettement plus rapide.

Voici comment nous avons procédé dans trois cas, dont nous rapportons plus loin les observations :

Préparation de la région et ponction du bubon, comme précédemment. Anesthésie locale pour la ponction même par un jet de chlorure d'éthyle. Mais, en outre, nous avons fait précéder le début de l'intervention d'une anasthésie locale, par injections sous-cutanées de la solution novocaïne (1/200), adrénaline, faites de façon à enfermer le bubon dans un cercle de solution (quatre à cinq ampoules de 1 cmc. chacune, suffisent, largement, à cette anesthésie).

Nous avons ainsi obtenu sinon une suppression totale, du moins une atténuation tout à fait nette, de la douleur, au moment des temps suivants : vidage et lavage. Le premier se fait à peu près spontanément. On y aide par un peu « d'expression » douce, sans insister avant *le lavage*.

Nous le faisons, non à la seringue, mais au bock, comme un grand lavage urétral. Au caoutchouc s'adapte, soit une canule de verre à fine extrémité (celle des lavages d'oreilles est très pratique), soit une canule à double courant.

Dans le premier cas, l'extrême pointe seule de la canule est introduite dans l'orifice d'incision : elle doit laisser à côté et autour d'elle un passage facile à la solution qui ressort entraînant du pus, mêlé de sang et de véritables petits pelotons et grumeaux.

Avec la canule urétrale à double courant fine,

telle que celle de Mayoki, on peut, au contraire, obturer l'orifice d'incision, à *condition* toutefois de *limiter* l'adduction de la solution de lavage. Nous préférons le premier procédé. De toutes façons le bock sera très peu élevé, moins encore que pour un lavage de l'urètre antérieur.

On doit éviter, au cours du lavage, de gonfler la poche et d'en distendre les parois. Il faut faire non pas une injection, mais un bain, sans pression aucune.

Veut-on diminuer encore la douleur, si elle existe, malgré l'anesthésie ? Après quelques minutes de lavage, on videra la poche de liquide par pression douce et on remplacera ce liquide par le contenu d'une ou deux ampoules de la solution de novocaïne. On pourra reprendre, sept à dix minutes plus tard, la suite du lavage qui doit durer dix bonnes minutes pour un litre de solution.

Nous avons cessé d'utiliser la solution de permanganate à 1/000. Nous l'avons remplacé par *une solution de liquide de Dakin* dans la proportion de : trois parties d'eau stérilisée, une partie de Dakin. Cette solution n'a pas l'inconvénient de tacher linge et téguments et elle est très suffisamment désinfectante. Nous terminons généralement en injectant très doucement deux ou trois petites quantités (quelques cmc.) de Dakin pur. Puis :

Injection de vaseline iodoformée et pansement comme il a déjà été indiqué.

Voici les observations de trois malades, dont les bubons furent ainsi traités :

OBSERVATION I

Le soldat H... (10e régiment d'infanterie), entre pour chancre du sillon balanique, qui fut plus tard étiqueté chancre mixte. Gros œdème du prépuce. Adénite inguinale bilatérale, plus volumineuse à droite. Sous l'influence de pulvérisations et de pansements humides quotidiens, l'œdème et l'adénite droite rétrocèdent; mais par contre, et malgré le même traitement l'adénite gauche se développe et devient bientôt fluctuante.

Le 25 juin, incision, lavage et injection iodoformée, selon la méthode ci-dessus. Pansement bien fermé. Repos absolu au lit. Aucun incident jusqu'au 3 juillet. A cette date, on enlève le pansement, cicatrisation parfaite. Orifice de ponction totalement fermé. On touche à l'iode. On remet un pansement, et, par précaution, le malade reste au repos jusqu'au 6 juillet. Ce jour, état parfait ; le malade se lève et commence son traitement arsénio-mercuriel.

OBSERVATION II

Le soldat L... (10me rég. d'infanterie) présente, à son entrée dans le service, deux chancres mous du sillon, avec adénite inguinale droite, en évolution. Le malade est mis en observation, au repos, pendant une semaine, environ.

10 juillet. — La tuméfaction présente un petit point fluc-

tuant. Le 11 juillet, le malade est opéré. Peu de douleurs pendant l'intervention, et pas du tout après. On laisse le pansement sans y toucher jusqu'au 18 juillet. Ce jour-là, on constate un résultat très heureux : cicatrisation parfaite et très bon état des téguments. Deux jours après le malade se lève et sort de l'hôpital le 22; ses chancres ayant rapidement cicatrisé par le procédé : ambrine, air chaud.

OBSERVATION III

Le soldat L... (10me section Autos), entre à l'hôpital le 5 août : verge très œdématiée. Impossibilité de décaloter depuis deux jours. Du pus s'écoule en quantité par l'orifice préputial. On aperçoit à la limite de cet orifice, sur le prépuce, un large chancre mou. Un autre également, franchement sur la face externe du prépuce, qui, en un point est soulevé par une tuméfaction phlycténoïde, remplie de liquide brun-roussâtre.

Adénite bilatérale, particulièrement développée à droite : il y a là un bubon très volumineux, fluctuant nettement. La peau est rouge, douleur vive.

La ponction, le lavage et l'injection iodoformée sont immédiatement pratiqués.

Etant donné l'état d'infection des chancres et du prépuce, perforé par un véritable abcès en « bouton de chemise », on enlève le spicat de l'aine le 9 août : le bubon est guéri, l'incision parfaitement cicatrisée, les téguments redevenus absolument normaux. Le malade a très peu souffert pendant l'intervention, pas du tout, après. Il peut se lever dès le sixième jour.

Nous insistons bien sur le fait que ces trois malades ont pu garder un repos rigoureux au lit, après la petite intervention. Nous avons donc obtenu comme délai de cicatrisation, à dater de l'incision, successivement, onze jours pour le premier, neuf jours pour le second, six jours pour le troisième.

Les circonstances ne nous ont pas permis de continuer cette série, et nous regrettons de n'avoir à mentionner qu'un si petit nombre de cas. Nous sommes néanmoins résolus à employer dorénavant ce procédé.

Un mot, pour terminer, sur le traitement des bubons largement incisés, ou ouverts spontanément, avant leur entrée dans le service. Nous en avons réuni 3 cas : le premier guérit en six semaines par pansements secs, après lavages avec la solution permanganatée ou iodée et attouchements à la teinture d'iode dans la suite.

Les deux autres ont cicatrisé sensiblement plus vite : trois et quatre semaines, à peine, en employant le pansement au Dakin avec ou sans mèche (jamais comprimée) et en ayant soin d'entourer chaque fois la plaie de vaseline iodoformée pour éviter toute irritation excessive. Renouvellement du pansement tous les jours au début, tous les deux jours ensuite.

Par ce procédé, et le pansement étant, en outre, fait aussi aseptiquement que possible, les téguments soigneusement et souvent rasés, et désinfectés à chaque pansement, on voit, en cinq à six jours la

plaie prendre une belle coloration rouge et marcher assez rapidement vers la cicatrisation.

Conclusions. — Nous résumons rapidement les quelques conditions essentiellement importantes, à la guérison rapide des bubons par la méthode dite de Fontan :

1° Antisepsie et asepsie aussi rigoureuses que possible ;

2° Eviter, pendant le lavage et l'injection iodoformée la distension des parois de la poche ;

3° Faire observer au malade après l'opération, jusqu'au premier pansement un repos absolument rigoureux au lit. Nous plaçons cette dernière condition comme la plus importante.

Avec ces précautions, on doit obtenir la guérison dans un délai de sept à neuf jours, sauf, bien entendu, pour les cas dans lesquels, le bubon est ouvert très tardivement, ou chez un malade peu scrupuleux, qui touche à son pansement, se lève et marche, avant le jour prévu.

APPENDICE

Nous nous sommes attachés, dans ce travail, à mettre au point quelques procédés essentiellement pratiques — ou qui nous ont paru tels — dans le traitement de quelques accidents vénériens.

Nous pensons que ces « méthodes de guerre » pourront peut-être rendre quelque service en temps de paix autant dans les services spéciaux des hôpitaux si souvent encombrés, et où, donc, on a besoin aussi de guérir « vite », que même dans la clientèle civile ; fort heureux si nous avons pu être ainsi de quelque utilité à nos confrères, praticiens.

Nous savons mériter le reproche d'avoir travaillé avec peu de moyens, autres que ceux de la clinique : le laboratoire et ses diverses ressources nous ont manqué, en effet. Une raison encore pour nous, d'adresser ces articles aux praticiens qui, dans bien des coins de France, encore, n'ont que la clinique pour guide.

Vu : le Président de la thèse,
JEANSELME

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude du traitement du bubon, en particulier, par la ponction aspiratrice suivie d'injections de cuivre colloïdal (Electrocuprol) par le docteur Couanet. Thèse de Paris, 1916.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 9

Plan 11

CHAPITRE PREMIER

Résultats comparatifs du traitement d'accidents syphilitiques par injections intra-veineuses de Novarsénobenzol et par injections intra-veineuses de Galyl 12

Conclusions 16

CHAPITRE II

Une méthode de traitement des chancres mous 20

Conclusions 32

CHAPITRE III

Traitement des Phimosis, complications passagères des chancres et ulcérations 33

Conclusions 36

CHAPITRE IV

Traitement des bubons 38

Conclusions 52

Appendice 53

Bibliographie 54

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4353-19

130

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE